

بررسی سطح فعالیتهای فیزیکی و شیوع بیماریهای مزمن در سالمندان غرب تهران، ۱۳۸۶

عقیل حبیبی^{۱*}، محمد تقی سوادپور^۲، بهنام مولایی^۳، محمود شمشیری^۴، مصطفی قربانی^۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح فعالیتهای فیزیکی و شیوع بیماریهای مزمن در سالمندان غرب تهران انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی بود که بر روی ۴۱۰ نفر از افراد بالای ۶۰ سال ساکن منطقه غرب تهران انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود داده‌ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه جمع‌آوری شد و برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی-تست و ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: فعالیتهای روزمره زندگی^۱ با متغیرهای جنس، وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامت فعلی، سطح تحصیلات و تعداد بیماریهای مزمن ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p < 0/05$). فعالیتهای ابزاری زندگی^۲ نیز با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامت فعلی، ترکیب خانواده و تعداد بیماریهای مزمن ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p < 0/05$). همچنین ۸۶/۸ درصد از نمونه‌ها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد متغیرهای مختلفی می‌توانند فعالیتهای فیزیکی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهند. بیشتر سالمندان از نظر فعالیتهای فیزیکی مستقل بودند و اکثر آنها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند. لذا مراقبت دهنده‌های بهداشتی باید زمینه‌های تسهیل زندگی سالمندان را از طریق برنامه‌های آموزشی و نیز بررسی دوره‌ای وضعیت جسمانی فراهم آورند تا موجب ارتقاء فعالیتهای فیزیکی در سالمندان شده و از این طریق باعث حفظ و ارتقاء زندگی سالم و فعال برای آنها شوند.

کلید واژه‌ها: سالمندان، فعالیتهای فیزیکی، بیماریهای مزمن، فعالیتهای روزمره زندگی، فعالیتهای ابزاری زندگی

مقدمه

همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت فعالیتهای فیزیکی نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود (۱). سالم پیر شدن، حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید (۲).

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید (۳) این در حالی است که هم‌اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۴، ۵).

این مرکز با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر، شش درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور خواهد رسید (۳).

بر اساس بررسی‌های به عمل آمده، ۱۵ درصد از مراجعان به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستانها و ۸۹ درصد از تختهای موسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند (۲) و بطور کلی ۲۹ درصد از هزینه مراقبتهای پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود (۵). همچنین در حدود ۶۰

گردد و در صورتی که چنین شرایطی تامین نشود، پیشرفت های علمی برای تامین زندگی طولانی تر، بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (۱۲، ۱۳).

همان طور که جمعیت سالمندان افزایش می یابد خطر بیماریهای مزمن نظیر دیابت، بیماریهای قلبی-عروقی، مفاصل و استخوان نیز افزایش می یابد (۱۴، ۱۵). نتایج یک بررسی ملی در آمریکا نشان می دهد که تعداد سالمندان با مشکلات حرکتی در این کشور ۶ میلیون نفر است (۱۴). بررسی ماتسو و همکاران^۲، بیانگر این واقعیت است که سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی از جمله بینایی، شنوایی و حواس دیگر می شوند که نتیجه آن محدود شدن موقعیتهای اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و در نهایت محدود شدن فعالیت های فیزیکی و کاهش کیفیت زندگی است (۱۱). مطالعه باری^۳ نشان می دهد ۸۰ درصد از سالمندان، حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتریت، فشار خون، بیماری های تنفسی، بیماری های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند (۸). بیماری های مزمن موجب بروز مشکلات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی شده که باعث محدود شدن سالمندان در فعالیت های فیزیکی و در نهایت، کاهش کیفیت زندگی آنها می شود (۱۵). فلکر^۴ طی مطالعه ای روی بیماران سالمند دارای ضایعه تنفسی اظهار داشت سالمندانی که از بیماری مزمن ریوی رنج می برند همواره دارای اختلالات جدی در کیفیت زندگی خود هستند (۱۶). همچنین مطالعات مختلف نشان می دهند که با افزایش تعداد بیماری های مزمن، کیفیت زندگی سالمندان کاهش می یابد (۱، ۱۷، ۱۸). در این راستا لم و لودر^۵ مطالعه ای را بر روی سالمندان چینی در کشور هنگ کنگ انجام دادند و آنها نیز به نتایج مشابهی دست یافتند و چنین بیان کردند که افسردگی، شایعترین بیماری ناتوان کننده در بین سالمندان بوده و استوآرتريت بیشترین تاثیر را بر فعالیت های فیزیکی سالمندان دارد (۱۹).

تفاوت عمده ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده اند تا با چالش

درصد از هزینه های مراقبتهای بهداشتی، ۳۵ درصد از ترخیص های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند (۶).

مهمترین مسائل در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان به حفظ استقلال بالای آنان در فعالیتهای فیزیکی و شناختی و ادامه زندگی به صورت فعال مربوط می شود (۱). عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن با افزایش سن، سبب محدود شدن فعالیتهای فیزیکی فرد سالمند می گردد و معمولاً از سن بازنشستگی به بعد یک چهارم مردم قادر به انجام فعالیتهای روزانه خود نبوده و ۱۰٪ آنان نیز کاملاً وابسته و زمین گیر می شوند (۷). تغییرات سالمندی با مشکلات بهداشتی و کاهش سطح فعالیت همراه است. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می دهد که این خود می تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان موثر باشد (۸، ۴). مطالعه لی^۱ در این باره نشان می دهد سالمندانی که از نظر فعالیتهای فیزیکی مستقل بودند، کیفیت زندگی بهتری داشتند (۱). همچنین مطالعه حمیدزاده نشان می دهد استفاده از یک برنامه منظم ورزشی موجب بهبود فعالیت های فیزیکی در سالمندان شده و کیفیت زندگی آنان را ارتقاء می دهد (۶).

یکی از بهترین راه های ارزشیابی سطح سلامت سالمندان، بررسی سطح فعالیت آنان در زندگی روزانه می باشد که می تواند اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی قرار دهد (۹، ۱۰). پژوهش های زیادی برای اندازه گیری توان فیزیکی سالمندان جهت انجام فعالیت های روزانه زندگی انجام شده است. اندازه گیری فعالیت های فیزیکی زندگی، سبب درک نیازهای افراد جامعه و تصمیم گیری های مهم در سیستم بهداشتی و درمانی می شود (۱۱). آنچه که دانش امروزی بدان توجه می کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال های اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری

مکانها حضور یافته و در نهایت از هر مکان عمومی ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن مشخصات واحدهای مورد پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند. همچنین به منظور انتخاب نمونه ها از منازل، با استفاده از پرونده های بهداشتی در مراکز بهداشت مختلف منطقه غرب تهران، آدرس واحدهای مورد پژوهش بدست آمد. بطوری که ابتدا پرونده خانوارهایی که افراد ۶۰ سال و بالاتر داشتند انتخاب شدند، سپس بصورت تصادفی تعداد ۲۲ پرونده از مراکز بهداشت مناطق ۵ و ۲۲ و تعداد ۲۳ پرونده از مراکز بهداشت ۲ و ۱۸ انتخاب شدند و در روزهای نمونه گیری با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، در صورت حضور فرد مورد نظر در منزل و موافقت ایشان نمونه گیری بصورت مصاحبه انجام گرفت. در ضمن افراد معلول جسمی از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه بود که پاسخ سئوالات مندرج در پرسشنامه توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه ثبت می شد. به منظور بررسی سطح فعالیت های فیزیکی، از پرسشنامه استاندارد استفاده شد که از دو بخش سوالات مربوط به فعالیت های روزمره زندگی و فعالیت های ابزاری زندگی تشکیل شده بود. فعالیت های روزمره زندگی شامل: غذا خوردن، پوشیدن و درآوردن لباس، راه رفتن، انجام دادن کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن و دستشویی رفتن بود. همچنین فعالیت های ابزاری زندگی شامل: استفاده کردن از تلفن، طی کردن مسافت های نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام دادن کارهای منزل، شستن لباس های شخصی، انجام دادن تعمیرات جزئی منزل، مصرف کردن دارو و کنترل دخل و خرج بود که با گزینه های «بدون کمک»، «با کمی کمک» و «قادر به انجام آن نیستم» پاسخ داده می شدند. به گزینه «بدون کمک» امتیاز ۲، به گزینه «با کمی کمک» امتیاز ۱ و به گزینه «قادر به انجام آن نیستم» امتیاز صفر داده شد و پس از نمره گذاری به سوالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط

ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند. در حالی که اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاری های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۲۰)، این امر نشان دهنده اهمیت فراوان این موضوع است و باید با توجه به نیاز شدید جامعه، برنامه ریزی های بهداشتی درمانی مناسب این گروه سنی تهیه و اجرا شود. با توجه به موارد بالا، در پژوهش حاضر به بررسی سطح فعالیت های فیزیکی در سالمندان غرب تهران و اثر متغیرهای زمینه ای بر آن و همچنین شیوع بیماریهای مزمن در آنان پرداخته شده.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی بود که با هدف تعیین سطح فعالیت های فیزیکی و شیوع بیماری های مزمن در سالمندان غرب تهران انجام گرفت. نمونه پژوهش این مطالعه، شامل ۴۱۰ نفر از افراد ایرانی الاصل ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بود که از نظر ذهنی هوشیار و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. حجم نمونه لازم پس از مقدار گذاری در فرمول زیر تعیین شد.

$$N \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2} + \beta$$

$$\delta = \frac{1}{L_N} \frac{1+r}{1-r}$$

روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع خوشه ای چند مرحله ای بود. بدین ترتیب که بر روی نقشه، مناطق ۲، ۵، ۱۸ و ۲۲ از مناطق مختلف غرب تهران (که شامل مناطق ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۲ بود) بصورت تصادفی انتخاب شدند. سپس اماکن عمومی (مساجد، پارکها، مکانهای ورزشی و مراکز خرید) و منازل در این مناطق به تفکیک مشخص گردید بطوری که در هر منطقه ۲ مسجد، ۲ پارک، ۲ مکان ورزشی و ۲ مرکز خرید به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به همراه ۲ پرسشگر دیگر که آموزش های لازم را در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه دیده بودند، در این

جدول ۱. توزیع فراوانی جامعه مورد پژوهش بر حسب نوع ابتلاء به بیماری مزمن

| نوع بیماری | فراوانی | درصد |
|---------------|---------|------|
| قلبی عروقی | ۹۱ | ۲۲/۲ |
| پرفشاری خون | ۱۴۹ | ۳۶/۳ |
| دیابت | ۵۹ | ۱۴/۴ |
| دردهای مفصلی | ۲۴۶ | ۶۰ |
| گوارشی | ۱۱۰ | ۲۶/۸ |
| تنفسی | ۴۲ | ۱۰/۲ |
| سرطان | ۱۶ | ۳/۹ |
| ناراحتی اعصاب | ۵۲ | ۱۲/۷ |
| کاهش بینایی | ۱۴۳ | ۳۴/۹ |

بیشترین فعالیت روزمره که سالمندان بدون کمک انجام می‌دادند، فعالیت «غذا خوردن» (۹۹/۳ درصد) و بیشترین فعالیتی که قادر به انجام آن نبودند، فعالیت «حمام کردن» یا «دوش گرفتن» (۸ درصد) بود. همچنین بیشترین فعالیت ابزاری که بدون کمک انجام می‌دادند، فعالیت «مصرف کردن داروها بطور صحیح و به موقع» (۸۴/۹ درصد) و بیشترین فعالیتی که قادر به انجام آن نبودند، فعالیت «شستن لباسهای شخصی» (۱۳/۴ درصد) بود.

نتایج مطالعه نشان داد بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش از نظر فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی مستقل بودند. بطوری که ۹۳/۴ درصد در فعالیتهای روزمره و ۷۱/۵ درصد در فعالیت های ابزاری نیازی به کمک دیگران نداشتند. میانگین امتیاز فعالیتهای روزمره زندگی $13/54 \pm 1/53$ و میانگین امتیاز فعالیت های ابزاری زندگی $14/20 \pm 3/71$ بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت (جدول شماره ۲).

به سوالات محاسبه گردید به طوری که امتیاز بالا نشان‌دهنده استقلال بیشتر فرد بود. محدوده امتیازات فعالیت های روزمره زندگی صفر تا ۱۴ و محدوده امتیازات فعالیت های ابزاری زندگی صفر تا ۱۸ بدست آمد و براساس امتیازات کسب شده به سه دسته مستقل، کمی وابسته و کاملاً وابسته تقسیم‌بندی شدند.

روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوا سنجیده شد و جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد (۲:۰/۹). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی-تست و ANOVA با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

داده های پژوهش از ۴۱۰ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بدست آمد. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۹/۷۱ سال (با انحراف معیار ۶/۸۶) بود که کمترین مورد ۶۰ سال و بیشترین مورد ۸۶ سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۷۷/۳ درصد)، مذکر (۵۵/۶ درصد)، بی‌سواد (۳۰/۵ درصد) و متأهل (۸۰ درصد) بودند. ۷۸ درصد از نظر اقتصادی مستقل بودند و ۵۵/۱ درصد با همسرانشان زندگی می‌کردند. ۳۸/۵ درصد نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالانشان هستند.

بر طبق نتایج حاصل ۱۳/۲ درصد از نمونه ها به بیماری خاصی مبتلا نبودند و ۸۶/۸ درصد حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند. بیشترین بیماری مزمنی که واحدهای مورد پژوهش به آن مبتلا بودند، دردهای مفصلی (۶۰ درصد) و پس از آن بیماری های پرفشاری خون (۳۶/۳ درصد) و کاهش بینایی (۳۴/۹ درصد) با بیشترین درصد در رده‌های بعد قرار داشتند (جدول شماره ۱).

فعالیت‌های روزمره زندگی با متغیرهای جنس، وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامت فعلی، سطح تحصیلات و تعداد بیماری‌های مزمن ارتباط معنی‌دار آماری داشت (جدول شماره ۳). فعالیت‌های ابزاری زندگی نیز با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامت فعلی، ترکیب خانواده و تعداد بیماری‌های مزمن ارتباط معنی‌دار آماری داشت (جدول شماره ۴).

جدول ۲. تعیین فعالیت‌های روزمره و ابزاری زندگی در سالمندان غرب تهران

| فعالیت‌های روزمره زندگی | فراوانی | درصد |
|---|---------|------|
| کاملاً وابسته (۰-۶) | ۳ | ۰/۷ |
| کمی وابسته (۷-۱۰) | ۲۴ | ۵/۹ |
| مستقل (۱۱-۱۴) | ۳۸۳ | ۹۳/۴ |
| جمع | ۴۱۰ | ۱۰۰ |
| میانگین (انحراف معیار) $13/54 (SD=\pm 1/53)$ | | |
| فعالیت‌های ابزاری زندگی | فراوانی | درصد |
| کاملاً وابسته (۰-۸) | ۴۴ | ۱۰/۷ |
| کمی وابسته (۹-۱۳) | ۷۳ | ۱۷/۸ |
| مستقل (۱۴-۱۸) | ۲۹۳ | ۷۱/۵ |
| جمع | ۴۱۰ | ۱۰۰ |
| میانگین (انحراف معیار) $14/20 (SD=\pm 3/717)$ | | |

جدول ۳. فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان غرب تهران بر حسب متغیرهای دموگرافیک

| نتیجه آزمون | انحراف معیار | میانگین | فعالیت‌های روزمره زندگی متغیرهای زمینه‌ای | |
|---------------------------------------|--|--|---|-----------------------|
| $t=۰/۹۲۰$ $P\text{ Value}=۳۵۸/۰$ | ۱/۵۶ ۱/۴۱ | ۱۳/۵۷ ۱۳/۴۱ | ۶۰-۷۴ ≥ ۷۵ | سن |
| $t=۳/۵۴۵$ $*P\text{ Value}=۰/۰۰۰$ | ۰/۸۶ ۲/۰۵ | ۱۳/۷۷ ۱۳/۲۴ | مرد زن | جنس |
| $F=۲/۷۷۴$ $*P\text{ Value}=۰/۰۱۸$ | ۱/۷۲ ۲/۲۴ ۰/۹۰ ۱/۵۰ ۰/۴۴ ۰/۱۷ | ۱۳/۱۷ ۱۳/۵۴ ۱۳/۷۰ ۱۳/۵۲ ۱۳/۸۷ ۱۳/۹۷ | بیسواد خواندن و نوشتن ابتدائی سیکل و دبیرستان دیپلم دانشگاهی | سطح تحصیلات |
| $t=۰/۰۰۰$ $P\text{ Value}=۱/۰۰$ | ۱/۱۱ ۱/۶۱ | ۱۳/۵۴ ۱۳/۵۴ | غیرمتاهل متاهل | وضعیت تاهل |
| $t=۳/۰۲۴$ $*P\text{ Value}=۰/۰۰۳$ | ۱/۱۱ ۲/۴۷ | ۱۳/۶۶ ۱۳/۱۱ | مستقل وابسته | وضعیت اقتصادی |
| $F=۰/۵۳۵$ $P\text{ Value}=۰/۵۸۶$ | ۰/۶۵ ۱/۷۷ ۱/۳۱ | ۱۳/۷۴ ۱۳/۵۰ ۱۳/۵۳ | تنها با همسر با خانواده یا خویشاوندان | ترکیب خانواده |
| $F=۲۵/۳۴۵$ $*P\text{ Value}=۰/۰۰۰$ | ۰/۳۰ ۰/۷۱ ۲/۴۰ | ۱۳/۹۳ ۱۳/۸۴ ۱۲/۸۱ | بهتر از آنان همانند از آنان بدتر از آنان | وضعیت سلامت فعلی |
| $F=۷/۸۰۳$ $*P\text{ Value}=۰/۰۰۰$ | ۰ ۰/۴۳ ۱/۴۰ ۱/۸۰ ۲/۹۱ ۱/۶۰ | ۱۴ ۱۳/۸ ۱۳/۵۵ ۱۳/۵۶ ۱۲/۴۶ ۱۲/۹۲ | صفر ۱ ۲ ۳ ۴ ≥ ۵ | تعداد بیماری‌های مزمن |

*ارتباط معنی‌دار است.

جدول ۴. فعالیت های ابزاری زندگی در سالمندان غرب تهران بر حسب متغیرهای دموگرافیک

| نتیجه آزمون | انحراف معیار | میانگین | فعالیت های ابزاری زندگی متغیرهای زمینه ای | |
|-------------------------------|--|--|---|-----------------------|
| $t=3/477$ *P Value=0/001 | 3/468 4/282 | 14/54 13/03 | 60-74 ≥ 75 | سن |
| $t=4/216$ *P Value=0/000 | 3/341 3/990 | 14/87 13/35 | مرد زن | جنس |
| $F=14/975$ *P Value =0/000 | 3/929 3/679 3/331 4/025 1/713 2/086 | 12/30 14/36 14/58 14/27 16/52 16/34 | بیسواد خواندن و نوشتن ابتدائی سیکل و دبیرستان دیپلم دانشگاهی | سطح تحصیلات |
| $t=-0/398$ P Value=0/691 | 3/299 3/818 | 14/05 14/23 | غیرمتاهل متاهل | وضعیت تاهل |
| $t=4/108$ * P Value=0/000 | 4/457 4/259 | 14/59 12/80 | مستقل وابسته | وضعیت اقتصادی |
| $F=3/575$ P Value=0/029 | 2/265 3/883 3/816 | 15/15 14/31 13/60 | تنها با همسر با خانواده یا خویشاوندان | ترکیب خانواده |
| $F=7/973$ *P Value =0/000 | 2/012 2/671 4/399 | 15/94 15/03 11/43 | بهتر از آنان همانند از آنان بدتر از آنان | وضعیت سلامت فعلی |
| $F=21/771$ *P Value =0/000 | 2/023 2/260 3/540 3/519 4/836 4/828 | 16/39 15/65 14/23 13/53 11/67 10/84 | صفر ۱ ۲ ۳ ۴ ≥ 5 | تعداد بیماری های مزمن |

*ارتباط معنی دار است.

بحث

پیر شدن همراه با موفقیت، لزوماً به معنی دوری جستن از مشکلات، تغییرات یا کمبودهای ناشی از کهولت نیست بلکه علیرغم موانع موجود، تلاش مستمر برای بیشتر بدست آوردن و کمتر از دست دادن است. سالمندان مایلند در محیطی به دور از انتظارات و فشار از حالات تحرک و برانگیختگی زندگی کنند، در صورتی که با احیای تواناییها و پیشگیری از انواع بیماریهای مزمن، آنها خواهند توانست فعالیتهای فیزیکی بیشتری داشته باشند و از زندگی خود لذت بیشتری ببرند (۲۱، ۲۲).

یافتههای مطالعه نشان داد بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش از نظر فعالیت های روزمره (۹۳/۴ درصد) و ابزاری زندگی (۷۱/۵ درصد) کاملاً مستقل بودند. میانگین امتیاز فعالیت های روزمره زندگی $13/54 \pm 1/53$ (محدوده ۰-۱۴) و میانگین امتیاز فعالیت های ابزاری زندگی $14/20 \pm 3/71$ (محدوده ۰-۱۸) بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت. در مطالعه مشابهی که لی و همکاران (۲۰۰۵) در کشور کره انجام داده بودند، میانگین امتیاز فعالیت های روزمره سالمندان $16/2$ (محدوده ۰-۱۸) بدست آمد و ۶۲ درصد نمره کل شرکت کنندگان ۱۸ (کاملاً مستقل) بود. همچنین میانگین امتیاز فعالیت های ابزاری آنها $9/9$ (محدوده ۰ تا ۱۲) و میانگین نمره $50/3$ درصد شرکت کنندگان ۱۲ (کاملاً مستقل) بود (۱). استوارنت می نویسد؛ بیش از ۸۰ درصد افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله در انجام فعالیت های روزانه هیچ گونه مشکلی را گزارش نمی کنند. همچنین بیش از ۷۰ درصد از گروه سنی ۷۵ تا ۸۴ ساله نیز مشکلی را از این نظر گزارش نکرده اند. حتی نیمی از افراد بالای ۸۵ سال، که یک درصد از کل جمعیت و سالمندترین قشر جامعه هستند نیز، مشکلی را گزارش نکرده اند (۷). اما واقعیت اینست که با افزایش سن کنشهای زیست شناختی کاهش می یابند و عضلات، لاغر و ضعیف می شوند، بخصوص عضلاتی که مسئول حرکات سریع هستند. در واقع این تغییرات عملکرد کامل افراد را محدود می کنند، هر چند که این تغییرات از فردی به فرد

دیگر متفاوت است (۲۲، ۲۰، ۲۳).

نتایج مطالعه نشان داد اکثر نمونه ها، حداقل از یک بیماری مزمن رنج می بردند و با افزایش تعداد بیماریها سطح استقلال سالمندان کاهش یافته بود. خدا رحیمی می نویسد: بیماریها و اختلالات افراد سالمند الزاماً موجب ناتوانی آنها نمی شوند (۷). مقیاس هایی که برای وضعیت سلامت و فعالیت فرد مرجع هستند، ابتدا به بیماری خاص نیست، بلکه تعداد و شدت ناتوانی های کنشی مورد نظر است. معمولاً افراد با اولین بیماری یا اختلالی که آنان را از فعالیت های روزانه زندگی شان باز می دارد، خود را بیمار می انگارند (۲۳، ۱۸، ۷). بیماریهای مزمن، دراز مدت و غالباً در تمام عمر گریبانگیر فرد است و چنین فردی اگر نه برای تمام عمر، اما به طور دراز مدت نیاز به مراقبت خواهد داشت. هر بیماری مزمن دوره ای را طی می کند و معمولاً در مرحله ای بصورت حاد در می آید که فرد جهت انجام فعالیت های خود نیازمند به کمک خواهد بود. بخصوص در افراد سالمند که از نظر قوای جسمی نیز ضعیف تر هستند این امر بیشتر خواهد بود (۱، ۷) یافته های پژوهش حاضر صحت این مطلب را تایید کرد.

با توجه به اینکه میزان توده عضلانی در زنان بعد از یائسگی، تحت تاثیر قرار گرفته و کاهش می یابد، و از طرفی ورزش کردن که بخصوص برای زنان بسیار مفید است (تا موجب تقویت عضلات آنان شود) در این قشر پایین است، می توان انتظار داشت که فعالیت های فیزیکی این قشر از سالمندان تحت تاثیر قرار گرفته و بخصوص فعالیت های کار با ابزار که نیاز به تحرک بیشتر دارند، کاهش یابد (۲۱، ۱۷). از طرفی چون مردان فعالتر از زنان هستند و میزان شرکت آنها در فعالیتهای جسمی نیز بیشتر است، به همین دلیل در فعالیت های فیزیکی نیز مستقل تر هستند (۲). قاسمی و موسوی معتقدند که با افزایش سن کنشهای زیست شناختی کاهش می یابند و عضلات لاغر و ضعیف می شوند، بخصوص عضلاتی که مسئول حرکات سریع هستند. در واقع این تغییرات، عملکرد کامل افراد را محدود می کنند، هر چند که این تغییرات از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۲۰).

تحصیلات، موجب تغییر نگرش افراد شده و مانع بهره مندی آنها از یک زندگی سالم می شود و این امر منجر به سلامت روح و جسم آنها شده و زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد (۲). از طرفی، فقر در این دوران سرنوشت ساز است و معین می کند که آیا می توان از یک زندگی مستقل، شاد و فعال برخوردار شد یا باید ما بقی عمر را با رنج و معلولیت سپری کرد (۲). افراد فقیر، معمولاً دارای بیماری های مزمن و عوارض بیشتری هستند که همه این عوامل، فعالیت های فیزیکی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۶). و در نهایت با توجه به اینکه فعالیت های فیزیکی هر فرد، شدیداً تحت تاثیر وضعیت سلامتی اش می باشد، طبیعی است که با بدتر شدن وضعیت سلامتی افراد، فعالیت های آنها نیز تحت تاثیر قرار گیرد (۲۰). یافته های پژوهش حاضر نیز مطالب فوق را تایید کرد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد بیشتر سالمندان از نظر فعالیت های فیزیکی مستقل بودند و اکثر آنها حداقل از یک بیماری مزمن رنج می بردند. همچنین فعالیت های فیزیکی سالمندان با بیشتر متغیرهای زمینه ای ارتباط معنی دار آماری داشت. از آنجا که فعالیت های فیزیکی و استقلال افراد در دوران سالمندی می تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن بیماریهای مزمن و متغیرهای زمینه ای در این دوران از

اهمیت بالقوه ای برخوردار است. لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه پیشنهاد می شود مراقبت دهنده های بهداشتی زمینه های تسهیل زندگی سالمندان را از طریق برنامه های آموزشی و نیز بررسی دوره ای وضعیت جسمانی فراهم آورند تا موجب ارتقاء فعالیتهای فیزیکی در سالمندان شده و از این طریق باعث حفظ و ارتقاء زندگی سالم و فعال برای آنها شوند.

از طرفی دیگر پژوهش حاضر محدودیتهایی نیز داشت. ازجمله اینکه در این مطالعه فقط فعالیت های فیزیکی سالمندان مورد توجه قرار گرفت و در مورد مسائل روحی و روانی آنها بحثی نشد. لذا پیشنهاد می شود پژوهش هایی درباره مسائل روحی و روانی سالمندان انجام گیرد. همچنین مطالعه حاضر فقط در منطقه غرب تهران انجام گرفت، لذا پیشنهاد می شود پژوهش بصورت گسترده در سطح شهر تهران و نیز کل کشور انجام شود تا در صورت دستیابی به نتایج مشابه اهمیت بیشتری به فعالیت های فیزیکی سالمندان داده شده و اقدامات مناسب بر اساس آداب و رسوم، تحصیلات و فرهنگ مناسب مناطق مختلف در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت داشتند می نماید.

REFERENCES

منابع

1. Lee T.W, Ko I.s, lee, k.J. «health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49(2): 129-137.
۲. تاجور مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه های مختلف زندگی آنان، تهران، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲، صفحات ۹۲ تا ۶۵ و ۸۶ تا ۹۱.
3. Islamic Republic News Agency. (2007). Social; Elderly. [On-line]. Available: <http://www2.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
4. Rocha F.I, Uchoa E, Guerra Hl, et al. «Prevalence of Sleep Compliants and associated Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS)». Sleep Med. 2002; 3(3): 231-8.
۵. حاتمی حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، تهران، انتشارات ارجمند. ۱۳۸۳، صفحات ۱۵۸۰ تا ۱۵۲۲.
۶. حمیدزاده سعید، «بررسی تاثیر برنامه های فعالیت گروهی بر روی کیفیت زندگی سالمندان در سال ۱۳۸۵»، کنگره سالمندی، کاشان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی کاشان، آبان ماه ۱۳۸۶: ص ۱۴۶.
۷. استورانت مارتا و واندن بوس گری آر. «روانشناسی سالمندی»، ترجمه خدا رحیمی سیامک. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۳. صفحات ۲۰۷ تا ۲۳۷.
8. Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterology. 2000; 93(1): 8-10.
۹. یغمایی فریده، «فعالیت های روزانه زندگی: بررسی ابزارهای اندازه گیری و ارائه یک ابزار با طراحی جدید». نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی ۱۳۸۴، سال پانزدهم، ۵۰، صفحات ۱۲-۳.
۱۰. زر عبدالصالح و نورشاهی مریم. «مقایسه وضعیت سلامت تغذیه ای مردان سالمند فعال و غیر فعال شیراز». سالمند (مجله سالمندی ایران) ۱۳۸۶. سال دوم، شماره ۳. صفحات ۲۱۰-۲۱۶.
11. Matsuo, M. & Nagaswa, j. & Yoshino, A. & Hiramatsu, K. & kurashik, K, «effects of activity Participation of the elderly on quality of life». yonago acta medica, (2003); (46):17- 24.
12. Nilsson J, Parker m.G, kabir Z.N. «Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh». Journal of Trans cultural Nursing (2004); 15 (4): 298-307.
۱۳. حبیبی سولا عقیل، نیکپور صغری، سیدالشهدایی مهناز و حقانی حمید. «بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان». مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۸۷. دوره هشتم، شماره اول، صفحات ۲۹-۳۶.
14. Black j.m & hawks J.H. Medical –surgical nursing .7th edition .U.S A. Elsevier saunders. (2005); P: 49-52, 481- 482.
15. Resnick, B, «Health Promotion Practices of the older adult». Public Health Nursing (2000); 17 (3): 160-168.
16. Felker B, katon W, Hedrick SC, et al. «The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. Gen Hosp Psychiatry». 2001 Mar-Apr; 23(2): 56-61.

REFERENCES

منابع

17. Nikpour S, Habibi A, seiedoshohadai M, Haghani H. Relation between Quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. Middle East Journal of Age and Aging. 2007; 4(2): 25-30.
18. Canbaz S, Sunter A.T, Dabak S, Peksen Y. «The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun». Turk J Med Sci. (2002); V: 33, PP: 335-340.
19. Lam CL, Leuder K. The impact of chronic disease on the Health related quality of life (HRQoL). Family Practice. 2000; 17(2): 159-66.
۲۰. قاسمی سیما و موسوی نجم السادات. راهنمای سلامتی برای سالمندان، تهران، انتشارات کتابخانه صدر، ۱۳۷۹، صفحات ۱۵ تا ۳۰ و ۶۵ تا ۷۲.
21. Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2006; 1(1): 78-85.
22. Beattie B.L, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. American Journal of Health Promotion. 2003; 18(2): 200-204.
23. Andrews G.A. Promoting health and functioning in an aging population. British medical journal. 2001; 322: 728-729.